



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Evaluación del Programa de los Centros del Adulto
Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa” y su influencia en la
calidad de vida, Ica 2017**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios de Salud

AUTOR

Angela Isabel JÁUREGUI MEZA

ASESOR

Juan Pedro MATZUMURA KASANO

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Jáuregui, A. Evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa” y su influencia en la calidad de vida, Ica 2017 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

CODIGO ORCID DEL AUTOR: <https://orcid.org/0000-0002-1344-1732>

CODIGO ORCID DEL ASESOR: <https://orcid.org/0000-0002-1464-550X>

DNI DEL AUTOR: 46443345

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: NO

INSTITUCIÓN QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACIÓN:
AUTOFINANCIADO

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACIÓN.
DEBE INCLUIR LOCALIDADES Y COORDENADAS GEOGRÁFICAS: PALPA
(14°32'03"S 75°11'06"O) – NASCA (14°49'44"S 74°56'37"O)

AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACIÓN ABARCÓ: 2017



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



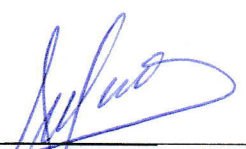
Facultad de Medicina

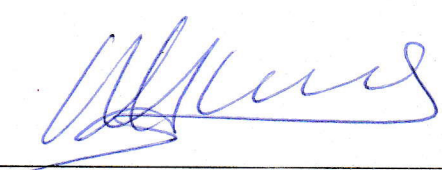
Unidad de Posgrado
Sección Maestría

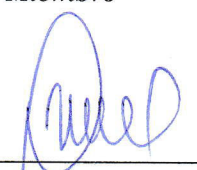
ACTA DE GRADO DE MAGISTER


En la ciudad de Lima, a los 25 días del mes de junio del año dos mil diecinueve siendo las 12:00 pm, bajo la presidencia de la Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti con la asistencia de los Profesores: Mg. Andrés Ervind Mendoza Arteaga (Miembro), Mg. Rolando Vásquez Alva (Miembro), Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro) y el Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano (Asesor); la postulante al Grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Tecnología Médica, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR ESSALUD "NASCA", "PALPA" Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, ICA 2017"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** a la postulante **ANGELA ISABEL JÁUREGUI MEZA**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 01:05 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Mg. Andrés Ervind Mendoza Arteaga
Profesor Asociado
Miembro


Mg. Rolando Vásquez Alva
Profesor Asociado
Miembro


Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Profesor Auxiliar
Miembro


Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Asesor


Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti
Profesora Principal
Presidente



ÍNDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS.....	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	2
1.3 Justificación teórica.....	3
1.4 Justificación práctica.....	3
1.5 Objetivos	
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	5
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	5

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación.....	6
2.2 Antecedentes de investigación.....	7
2.3 Bases Teóricas.....	15

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación.....	31
3.2 Unidad de análisis.....	31
3.3 Población de estudio.....	32
3.4 Tamaño de muestra.....	32
3.5 Criterios de selección	
3.5.1 <i>Criterios de inclusión</i>	32
3.5.2 <i>Criterios de exclusión</i>	33

3.6 Técnicas de recolección de datos	
3.6.1 <i>Técnica de recolección</i>	33
3.6.2 <i>Instrumentos a utilizar</i>	34
3.6.3 <i>Procedimiento de recolección</i>	36
3.7 Análisis de datos	
3.7.1 <i>Codificación de datos</i>	37
3.7.2 <i>Programa estadístico empleado</i>	37
3.7.3 <i>Técnicas analíticas</i>	37
3.8 Aspectos éticos	38
 CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Presentación de resultados	39
4.2 Pruebas de hipótesis	48
4.3 Discusión de resultados	49
 CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	51
 CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES	53
 CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
 CAPÍTULO 8: ANEXOS	
Anexo 1: Ficha de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud	60
Anexo 2: Cuestionario de Salud SF-36	65
Anexo 3: Solicitud de permiso para realización de Tesis	69

LISTA DE CUADROS

<i>Cuadro 1.</i>	Servicios Gerontológicos del Centro del Adulto Mayor	24
<i>Cuadro 2.</i>	Proceso de Intervención Gerontológico Social	25
<i>Cuadro 3.</i>	Dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 y del apartado de la Evolución de la Salud	30
<i>Cuadro 4.</i>	Calificación de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud	34
<i>Cuadro 5.</i>	Calificación de Cuestionario de Salud SF-36	35
<i>Cuadro 6.</i>	Distribución de puntajes procedentes de la Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud	41
<i>Cuadro 7.</i>	Distribución de puntaje dimensional de Calidad de vida, según Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”	42
<i>Cuadro 8.</i>	Distribución de puntaje dimensional de Calidad de vida, según Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”	43
<i>Cuadro 9.</i>	Distribución de promedios y desviación estándar de la calidad de vida según dimensión	45
<i>Cuadro 10.</i>	Prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes	46
<i>Cuadro 11.</i>	Relación entre las dimensiones del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud y las dimensiones de Calidad de Vida	48

LISTA DE FIGURAS

*Figura 1.***Flujo de procedimiento del Centro del Adulto Mayor.....27**

*Figura 2.***Comparación del puntaje dimensional correspondiente a la categoría Alta Calidad de Vida.....44**

RESUMEN

Objetivo: Determinar el resultado de la evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa” y su influencia en la calidad de vida; departamento de Ica, año 2017.

Material y Métodos: El estudio es de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 65 adultos mayores pertenecientes al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” y por 30 adultos mayores pertenecientes al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”. La unidad de análisis fue el adulto mayor participante del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud. El programa se evaluó según la ficha de evaluación integral generada por el investigador y validada según juicio de expertos, mientras que la calidad de vida se evaluó con el Cuestionario de Salud SF-36.

Resultados: El Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” obtuvo 104 puntos según la evaluación integral aplicada por el investigador; mientras que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” obtuvo un puntaje de 86. A nivel del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, el 90% de los adultos mayores encuestados poseen Alta Calidad de Vida, según Salud Mental; mientras que el 60% posee Regular Calidad de Vida según Vitalidad. En el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”, se encontró que el 81.5% de los adultos mayores tienen Alta Calidad de Vida según Salud Mental, pero Baja Calidad de Vida, según Rol Físico (63.1%).

Conclusiones: El Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” se categoriza como un programa adecuado, mientras que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” es un programa regular. Se determina que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud influye en la Calidad de Vida del adulto mayor afiliado según Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Función Social.

Palabras Clave: Programa del Adulto Mayor, Calidad de vida, Adulto mayor

ABSTRACT

Objective: To determine the result of the evaluation of the EsSalud Older Adult Center Program "Nasca", "Palpa" and its influence on the quality of life; Ica, 2017.

Material and Methods: The study is non-experimental, descriptive and cross-sectional. The population was older adults belonging to the EsSalud Older Adult Center Program "Palpa" (n = 65) and "Nasca" (n = 30), Ica. The unit of analysis was the older adult participant of the EsSalud Older Adult Center Program. The program was evaluated according to the integral evaluation form generated by the researcher and validated according to expert judgment. Quality of life was evaluated by the Health Survey SF-36.

Results: EsSalud Older Adult Center Program "Nasca" obtained 104 points according to the integral evaluation applied by the researcher; while "Palpa" obtained a score of 86. 90% of older adults belonging to the EsSalud Older Adult Center Program "Nasca", have high quality of life according to mental health; while 60% have a regular quality of life according to vitality. It was found that 81.5% of the older adults belonging to the EsSalud Older Adult Center Program "Palpa" have high quality of life according to mental health, but low quality of life according to physical role (63.1%).

Conclusions: EsSalud Older Adult Center Program "Nasca" is categorized as an adequate program, while EsSalud Older Adult Center Program "Palpa" is a regular program. It is determined that the EsSalud Older Adult Center Program influences the quality of life of the older adult affiliated according to physical function, physical role, corporal pain and social function.

Keywords: Older Adult Program, Quality of life, old age

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

El envejecimiento poblacional se establece como un fenómeno mundial rápido e intenso, durante el año 2009 se consideraba que 737 millones de personas tenían 60 años o más; actualmente, una de nueve personas en el mundo es adulto mayor, y se estima que para el año 2050, habrá un adulto mayor por cada 5 personas, aumentando dicha población a dos billones. (Ministerio de Salud, 2014)

A nivel del continente europeo, en el año 2005, los adultos mayores en España representaban el 16.38% de la población total, pero se estima que para el año 2030 dicho porcentaje ascenderá hasta 19.47%, logrando alcanzar el 30% en el año 2050; esto considerando una población de 50 millones de españoles. (Fernandez Llera, Martín López, Rodríguez García, & Echevarría, 2012)

En América Latina y el Caribe, el porcentaje de la población mayor de 60 años pasó de un 6.5% a un 8.3% entre los años 1975 y 2000, y se espera que para el año 2025 dicho porcentaje se acerque a 15.1%; adquiriéndose así una mayor notoriedad por parte del grupo de adultos mayores dentro de la sociedad. (Medina Espejo, 2014)

En los últimos 66 años, Perú ha entrado en el proceso de transición demográfica, propio de los países en vías de desarrollo. Así tenemos que en el año de 1950, la población adulto mayor constituía el 5.7% de la población total; grupo etario que en el año 2016 se manifiesta como un 9.7%. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016)

Según el Informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012), las enfermedades más frecuentes en la población adulto mayor peruana son hipertensión arterial, hipercolesterolemia, infección de vías urinarias, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias.

EsSalud, cuyo porcentaje de afiliados adultos mayores asciende al 30.9% según el Informe Técnico N°1 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016), lleva a cabo programas de salud integrales a través de los Centros del Adulto Mayor, en donde para el año 2012 participaban 53 704 adultos mayores. (Seguro Social de Salud-EsSalud, 2012)

Al tener estos centros gran acogida por parte de la población adulto mayor, es preciso evaluar el programa que se ofrece, para garantizar así un adecuado tratamiento de los problemas que aquejan a los adultos mayores y que no les permiten una adecuada calidad de vida.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el resultado de la evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa” y cómo influye en la calidad de vida; departamento de Ica, año 2017?

1.3 Justificación Teórica

Los Centros del Adulto Mayor son responsables del desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socio culturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo y saludable, orientados a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Por ello es necesario contar con una evaluación objetiva, que brinde el nivel de calidad de vida del adulto mayor y la puntuación según cada dimensión que la conforma. Ya que con esto se podrá corroborar si el programa está cumpliendo con su misión institucional.

El Programa del Centro del Adulto Mayor, cuenta con un Manual de Operaciones, en el cual se indica la estructura que debe poseer; la calidad y cantidad de recursos humanos principales; y los procesos que se deben cumplir dentro del programa. Es así que por medio del estudio realizado, podremos evaluar el cumplimiento de estas normas institucionales relacionándolo con los resultados inmediatos del programa.

1.4 Justificación Práctica

El proceso de inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial y nacional, trae consigo no solo cambios demográficos, sino también cambios económicos, como la necesidad de mayor presupuesto para el sector salud dedicado al adulto mayor, quien va a requerir una atención multidisciplinaria; y cambios sociales al requerir programas preventivo-promocionales que ayuden a la persona, joven o adulto, a conseguir una vejez saludable, activa y productiva.

Ante esta realidad los Centros del Adulto Mayor, son los encargados de brindar programas integrales, cuya efectiva aplicación disminuiría la asistencia continua del adulto mayor a centros hospitalarios. Sin embargo, un estudio realizado por Lidia Medina Espejo sobre la Actividad Recreativa y Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro Pablo Bermúdez-EsSalud (2014), evidenció que el 70% de los adultos mayores encuestados tenían una inadecuada actividad recreativa y que el 60% de este grupo etario presentaban un nivel bajo de calidad de vida, aspecto íntimamente relacionado con las actividades realizadas en el centro en estudio.

Debido a este hecho y al rol fundamental que desempeñan los Centros del Adulto Mayor en cumplimiento de la Ley N° 30490 de la persona adulto mayor, es pertinente evaluar, de forma integral, el Programa del adulto mayor ofrecido por el Centro del Adulto Mayor EsSalud, valorando cada uno de los sub-programas que se realizan y no sólo parte de ellos. Cabe resaltar que un estudio como el que se plantea no se ha llevado a cabo en ninguno de los 124 centros a nivel nacional.

Por todo lo expuesto, se considera que esta investigación es necesaria como línea base a futuras investigaciones y al diseño e implantación de mejoras institucionales de carácter innovador por parte de EsSalud, garantizando el cumplimiento de las expectativas y los requerimientos del asegurado participante de los Centros del Adulto Mayor.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar el resultado de la evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa” y su influencia en la calidad de vida; departamento de Ica, año 2017.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar la influencia en la calidad de vida, del Programa del adulto mayor en su dimensión Estilos de Vida para un Envejecimiento Activo, de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”; departamento de Ica, año 2017.
- Describir la influencia en la calidad de vida, del Programa del adulto mayor en su dimensión Intergeneracional, de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”; departamento de Ica, año 2017.
- Definir la influencia en la calidad de vida, del Programa del adulto mayor en su dimensión Red de Soporte Familiar, de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”; departamento de Ica, año 2017.
- Identificar la influencia en la calidad de vida, del Programa del adulto mayor en su dimensión Microemprendimiento para personas mayores, de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”; departamento de Ica, año 2017.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación

Desde hace cuatro décadas, gracias al médico psiquiatra norteamericano George Libman Engel, el ser humano es considerado un ente biopsicosocial, debido a que su potencial está determinado por sus características biológicas, y su accionar es influenciado por aspectos psicológicos y por su entorno social. Por ello, cuando se habla de calidad de vida, se debe tener en cuenta una evaluación multidisciplinaria, tal y como se evidenció, cuando por primera vez se empleó dicho término en los Estados Unidos en respuesta a la tentativa de un grupo de investigadores de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o se sentían financieramente seguras en la época posterior a la Segunda Guerra Mundial. Necesitándose para las investigaciones en curso, no solo a científicos sociales, sino también a psicólogos y médicos que complementaran dicho estudio.

Ya en los años setenta surgen los índices de calidad de vida, siendo su mayor desarrollo en los años ochenta, redefiniendo el concepto de salud a una naturaleza dinámica y multidimensional.

Debido a la importancia que cobró el término calidad de vida, muchos programas de salud orientados a diferentes sectores poblacionales y a diferentes afectaciones de la población, plantean

como finalidad mejorar la calidad de vida del público objetivo, meta que muchas veces sobrepasa sus posibilidades o no está relacionada a los servicios de salud que ofrece el programa, ya que como se ha visto, la calidad de vida tiene que ver con diversas características y necesidades del ser humano, y no solo con su salud mental, oral, nutricional o física.

Si bien el gobierno es el encargado de implementar acciones sanitarias con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, el sistema nacional de salud del Perú no lo permite en su totalidad ya que se encuentra dividido entre el sistema privado y el sistema público, los cuales no logran trabajar en conjunto en pos de un mismo fin, originando que la población se vea en la obligación de elegir un sistema u otro.

Sea cual fuere la elección del asegurado, éste tiene derecho a una atención de calidad, donde se trabaje integralmente por el cumplimiento de la meta del programa; y para corroborar que estas medidas no solo queden en un Plan Operativo Institucional es que se requiere una evaluación constante del programa en sí y del impacto que éste está logrando en su población objetivo.

2.2 Antecedentes de investigación

Los Centros del Adulto Mayor, como tal, pertenecen y sólo han sido desarrollados a nivel nacional por EsSalud, teniendo muy pocas investigaciones relacionadas a calidad de vida y ninguna relacionada a la evaluación del programa en sí. Por ello se han tomado como antecedentes estudios relacionados a alguna de las variables en estudio.

En el año **2015**, **Casilda López, Jesús; Torres Sánchez, Irene; Garzón Moreno, Víctor Manuel; Cabrera Martos, Irene; & Valenza, Marie Carmen** realizaron el estudio **“Resultados de un programa de actividad física dirigida en sujetos mayores en entorno residencial: un ensayo clínico aleatorizado”**, el cual tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa de 8 semanas de ejercicios con bandas elásticas sobre la capacidad de ejercicio, la marcha y el equilibrio en residentes mayores. Para ello, 51 pacientes residenciales fueron distribuidos en 2 grupos, grupo intervención (n = 26) y grupo control (n = 25). El grupo intervención asistió a un programa de actividad física con bandas elásticas durante 8 semanas, con una frecuencia de 2 sesiones por semana, mientras que el grupo control fue incluido en un programa de marcha. El estudio concluyó que un programa de actividad física de 8 semanas con bandas elásticas fue seguro y fue capaz de promover una mejora en la capacidad de ejercicio, la marcha y el equilibrio de las personas mayores. (Casilda López, Torres Sánchez, Garzón Moreno, Cabrera Martos, & Valenza, 2015)

En el año **2014**, **Medina Espejo, Lidia Sarita** realizó el estudio **“Actividad Recreativa y Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermúdez – EsSalud”**, el cual tiene como objetivo determinar la influencia de la actividad recreativa en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermúdez- Jesús María 2011. El estudio fue descriptivo, prospectivo y correlacional. Se analizó los datos al inicio en forma manual dando un valor, 0-4, utilizando el paquete SPSS versión 17.0. Según la encuesta que se realizó, la mayoría son del sexo femenino y la calidad de vida es baja de acuerdo a las dimensiones de vitalidad 80%, salud mental 75%, función física 70%, salud general 70%, rol emocional 70%, función social 60%. La calidad recreativa no es adecuada según las dimensiones actividad física 70%, relaciones sociales 55% y la

productividad. Se concluye que la calidad de vida es baja y la actividad recreativa no es adecuada. (Medina Espejo, 2014)

En el año **2014**, **Luján Padilla de Salazar, Ivanna María** realizó el estudio **“Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo Los Hermanos de Belén”**; el cual tiene como objetivo conocer la calidad de vida de la persona mayor que se encuentra recluida en el asilo de Los Hermanos de Belén. La investigación fue descriptiva, cuantitativa, según el método de estudios de caso. Se empleó el Cuestionario de Calidad de vida para adultos mayores, el cual evalúa 21 sub escalas con 9 dimensiones; además de una entrevista semi estructurada de preguntas, validada por expertos. En cada caso se compararon los resultados del cuestionario con las respuestas de los adultos mayores durante la entrevista. Se concluyó que los adultos mayores son participativos y que están satisfechos con la infraestructura del asilo. Se evidencia que debido a enfermedades como Parkinson y Osteoporosis, se les dificulta desempeñar ciertas actividades diarias como caminar, asearse, ir al baño y leer. (Luján Padilla, 2014)

En el año **2014**, **Rodríguez Alayo, Stephanie Silvinna** realizó el estudio **“Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012”**; el cual tiene como objetivo establecer el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos, registrados en el Puesto de Salud de Alto Moche. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, conformado por 65 adultos mayores (40 mujeres y 25 hombres) con diagnóstico de hipertensión arterial. Se emplearon dos instrumentos: el Apgar Familiar formulado por Gabriel Smilkstein y el cuestionario generado por el investigador sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos. Para el análisis estadístico se realizó la prueba de fiabilidad Alpha de Cronbach y de correlación de Pearson, concluyendo que el 36,92% de adultos mayores

hipertensos presentan grado alto de apoyo familiar; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron bajo grado de apoyo familiar. Con respecto a la calidad de vida, el 36,92% de adultos mayores hipertensos tienen un nivel bueno; el 44,62% tienen nivel regular y el 18,46% un nivel deficiente. La correlación es significativa entre las variables de estudio $p < 0.01$. (Rodríguez Alayo, 2014)

En el año **2013**, **Davis et al.** realizaron el estudio **“Evaluación económica de entrenamiento de resistencia y entrenamiento aeróbico frente al equilibrio y ejercicios de tonificación en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve”**; cuyo objetivo fue estimar el incremento de costo-efectividad del entrenamiento de resistencia o entrenamiento aeróbico en comparación con los ejercicios de equilibrio y el tono en términos de cambios en la función cognitiva ejecutiva entre las mujeres mayores con MCI probable. La evaluación económica realizada incluye 86 mujeres residentes en la comunidad, de edades comprendidas entre 70 y 80 años viviendo en Vancouver, Canadá. Los participantes recibieron dos veces por semana entrenamiento de resistencia (N=28), dos veces por semana de entrenamiento aeróbico (N=30) o el balance de dos veces por semana y el tono (grupo de control) clases (N=28) durante 6 meses. La medida de resultado primario del estudio Ejercicio de Cognición y la Vida Diaria (EXCEL) evaluó la función cognitiva ejecutiva, una prueba de atención selectiva y la resolución de conflictos. Se concluyó que el entrenamiento de resistencia y entrenamiento aeróbico ha resultado un ahorro de costos de atención médica y son más eficaces que el equilibrio y clases de tono después de sólo 6 meses de la intervención. Además, el entrenamiento de resistencia es una estrategia prometedora para alterar la trayectoria del deterioro cognitivo en las personas mayores con deterioro cognitivo leve. (Davis, y otros, 2013)

En el año **2013**, **Martín Valero, Rocío, Cuesta Vargas, Antonio Ignacio; & Labajos Manzanares, María Teresa** realizaron el estudio **“Efectividad del programa de promoción de actividad física en la calidad de vida y la función cardiopulmonar para personas inactivas: ensayo aleatorio controlado”**. Cuyo objetivo era evaluar los resultados de la función cardiopulmonar y los valores de la calidad de vida en personas inactivas que participaron en el Programa de promoción de actividad física (PAPP) contra el grupo control que no llevó a cabo este programa. Participaron en el ensayo aleatorio controlado un total de 100 sujetos de ambos sexos, con muestra aleatoria sistemática; todos tenían 55 años o más, y eran de Torremolinos, España. Los participantes (n=50) recibieron el programa por 60 minutos, 2 veces a la semana, durante 3 meses o recibieron (n=50) educación en salud. La efectividad de la intervención fue medida según el estado general de la salud con el cuestionario de salud Short Form 12, y la calidad de vida fue determinada con el cuestionario EuroQoL-5D. La función cardiopulmonar fue medida con la espirometría y el test de caminata de acuerdo al protocolo Bruce. Este estudio piloto tuvo un impacto significativo en la calidad de vida ($p=0.05$) en los hombres, el cual se incrementó. Sin embargo, la calidad de vida en las mujeres no mejoró. La variación promedio en la función pulmonar y cardiovascular no fue significativa entre los grupos. Concluyéndose que los cambios medidos en la calidad de vida con el EQ-5D en el grupo de hombres que llevaron el PAPP fueron estadísticamente significativos cuando se compararon entre los grupos. Sin embargo, los cambios en la función cardiopulmonar no fueron relevantes cuando se compara entre los grupos. Hubo un efecto significativo dentro de cada grupo en los resultados pulmonares valorados en hombres, dentro del grupo experimental. (Martín Valero, Cuesta Vargas, & Labajos Manzanares, 2013)

En el año 2012, **Fernández Llera, G.; Martín López, C.; Rodríguez García, J.; Y Echevarría, C.** realizaron el estudio **“Programas de Rehabilitación en centros de mayores: Situación actual y propuesta de actuación”**, cuyo objetivo era describir la situación actual de los centros de mayores en Sevilla dedicados a la rehabilitación, logrando brindar una propuesta de actuación desde una Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. El estudio fue descriptivo, de tipo transversal, a través de una encuesta telefónica a los centros geriátricos, incidiendo en las características del centro, terapias físicas desarrolladas y la adquisición del material ortopédico. Se contactó telefónicamente con 23 centros, teniendo como capacidad media 49,3 residentes y 81,5% de ocupación media. El 86% de los centros contaba con programas grupales de rehabilitación, de ellos el 17% realizaba tratamiento fisioterapéutico individualizado y el 13% terapia física y ocupacional. Se concluyó que en la mayoría de los centros de mayores se realizan programas de fisioterapia grupal sin adecuación al grado de discapacidad, observando diversidad en cuanto a la prescripción ortopédica y al tipo y coordinación del tratamiento que se realiza. (Fernandez Llera, Martín López, Rodríguez García, & Echevarría, 2012)

En el año 2012, **Brotons et al.** realizaron el estudio **“Intervenciones Preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012”**. El estudio busca determinar el grado de ejecución del PAPPS en atención primaria. Se realizó una búsqueda bibliográfica de las publicaciones relacionadas con la variable de estudio, evaluando la implementación e impacto de sus programas, determinándose que han mejorado en el desarrollo y registro de las actividades preventivas. Se concluye que es necesario un proceso de adaptación del PAPPS al actual escenario sanitario español, centrando las propuestas de cambio en mejorar la accesibilidad y ofrecer respuestas más ágiles a los usuarios; además, es

importante valorar la esperanza de vida de los ancianos priorizando las intervenciones preventivas. (Brotons, y otros, 2012)

En el año **2012**, **López Telles et al.** realizaron el estudio **“Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social”**, teniendo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención socio-motriz en la mejora de la condición física funcional y la calidad de vida de adultos mayores con riesgo social. El tipo de estudio fue cuasi experimental. Se estudiaron 29 pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de riesgo social atendidos en el centro de salud. El programa estuvo compuesto por sesiones mensuales de educación para la salud y sesiones semanales de ejercicio físico durante 6 meses. Las mediciones se realizaron antes y después del estudio. Se empleó el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida y el Senior Fitness Test para evaluar la condición física funcional, concluyéndose que el programa de intervención socio-motriz mejora la condición física funcional y la calidad de vida de los adultos mayores con riesgo social. (López Téllez, y otros, 2012)

En el año **2012**, **Ibarra Gonzales, Cinthya Patricia** realizó el estudio **“Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria, México”**, cuyo objetivo era evaluar las necesidades percibidas del adulto mayor y del personal de enfermería en relación con los programas de salud. Además de evaluar el conocimiento que tiene el adulto mayor y el personal de enfermería con respecto a los programas y políticas existentes. Se empleó un esquema del tipo cualitativo, donde la recolección de datos es a través de entrevistas. Se concluye que el adulto mayor no conoce los programas ofertados por los gobiernos y que requiere de mayor información y atención por parte del personal

de enfermería. Con respecto a la facultad de enfermería se determina que requieren de mejoras en su currícula académica. (Ibarra Gonzáles, 2012)

En el año **2012**, **Córdova Calle, Nery Heine** realizó el estudio **“Calidad de Vida del Adulto Mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo, 2010”**; cuyo objetivo fue identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. La investigación fue de tipo cualitativa (estudio de caso), empleando un cuestionario socio demográfico y una entrevista semi estructurada a profundidad. La población estuvo compuesta por 21 personas pertenecientes al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Para el análisis de datos se empleó el Método de Asociación de Contenidos, surgiendo dos categorías denominadas “la familia como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor” y “el estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor”. Se obtuvo que la percepción satisfactoria de calidad de vida en el policía jubilado, está determinada por el éxito profesional, personal y económico de sus hijos; por la valoración y apoyo familiar; por las relaciones interpersonales positivas entre los miembros de su familia; y por su rol social activo. (Córdova Calle, 2012)

En el año **2012**, **Jiménez Rinza, Johnson Leonel** realizó el estudio **“Experiencias de Adultos Mayores ante Programas de Actividad Física y Socialización”**, el cual tiene como objetivo analizar las experiencias de la persona mayor ante los programas de actividad física y de socialización. La muestra poblacional fue por conveniencia. Los instrumentos a utilizar fueron la dinámica del almanaque del método de Cabral (1998) y la entrevista colectiva, discusión de grupo y observación participante. Se analizaron los datos con el discurso de Orlandi (1997),

concluyendo que las personas adultas mayores experimentan motivación, integración social y bienestar físico-emocional a través de los programas de actividad física y socialización. (Jiménez Rinza, 2012)

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Definición de Adulto Mayor

Según la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, se entiende por adulto mayor a aquella persona que tenga 60 o más años de edad.

Se caracteriza por presentar cambios fisiológicos y morfológicos a consecuencia de los años transcurridos, lo cual se relaciona a una menor capacidad de adaptación de los órganos, aparatos y sistemas, y a una menor capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en la persona. (Medina Espejo, 2014)

2.3.2 Fisiología del Adulto Mayor

2.3.2.1 Sistema Tegumentario. En la epidermis disminuye el nivel de cicatrización, de foto-protección y de producción de vitamina D; e incrementa la generación de ampollas. En la dermis existe una disminución de la turgencia y elasticidad. En la hipodermis disminuye la grasa subcutánea y por ende la protección mecánica. En relación a los apéndices, estos disminuyen y ralentizan su producción afectando la termorregulación así como algunos cambios cosméticos. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.2.2 Aparato Cardiovascular. El adulto mayor presenta disminución de tejido elástico y aumento de tejido conjuntivo fibroso; así también aumenta la resistencia vascular periférica, lo que conlleva a un incremento de la presión arterial e hipertrofia ventricular izquierda. El flujo sanguíneo coronario se ve disminuido por la baja elasticidad aortica agravando la cardiopatía isquémica, cuya prevalencia es directamente proporcional a la edad del adulto mayor.

Finalmente, durante el envejecimiento la actividad pro coagulante aumenta favoreciendo un mayor riesgo de trombosis. (De Jaeger, 2011)

2.3.2.3 Aparato Respiratorio. La elasticidad pulmonar disminuye mientras que la rigidez torácica aumenta, provocando un déficit en el intercambio gaseoso.

Existe un inadecuado movimiento de secreciones bronquiales y una deficiente limpieza del árbol bronquial, lo que desarrolla una tendencia a infecciones respiratorias. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.2.4 Aparato Digestivo. Durante el envejecimiento se dan modificaciones a nivel bucodental, flujo salivar y secreciones gástricas; favoreciendo la disminución de la absorción de nutrientes como hierro, calcio y vitamina B12. Así también, se retarda el tránsito intestinal, presentando hinchazón abdominal y estreñimiento, lo cual puede agravarse por el tipo de alimentación e hidratación. (De Jaeger, 2011)

El hígado y páncreas disminuyen de tamaño afectando el metabolismo normal del cuerpo. La vesícula biliar trabaja de forma lenta predisponiendo la formación de cálculos biliares. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.2.5 Aparato Renal. Los riñones pierden 20-30% de su peso, 0.5 cm/década de tamaño y hasta 10%/década de

volumen; provocando una mayor vulnerabilidad patológica, menor depuración de sustancias tóxicas y tendencia al desbalance hidro-electrolítico. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.2.6 Sistema Endocrino. El desbalance de la producción hormonal conlleva a una disminución de la libido sexual (menor producción de hormonas sexuales), a la osteopenia (menor absorción y activación de vitamina D), hiperglucemia (alteración de la homeostasis de la glicemia), inadecuado balance hídrico (incremento de hormona antidiurética), pérdida de masa muscular (menor producción de hormona de crecimiento). Además, se produce un desbalance de la función neuroendocrina, con menor producción de neurotransmisores. Estos cambios conllevan a una respuesta alterada ante el estrés, a un estímulo menor de la secreción hipofisaria, una mayor prevalencia de osteopenia, diabetes y disfunción sexual. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.2.7 Sistema Nervioso. El envejecimiento se caracteriza por la disminución del 30% de la masa cerebral, flujo sanguíneo y consumo de oxígeno; afectando las conexiones neuronales y transmisión sináptica. Así también, la modificación de la concentración de neurotransmisores está asociada a enfermedades como Alzheimer y Parkinson. (De Jaeger, 2011)

2.3.2.8 Órganos de los sentidos. Con respecto al sentido de la vista, existe una menor reacción de la pupila a la luz; tendencia a la presbicia, baja agudeza visual y una disminución de la sensibilidad a los colores. Además, la secreción lacrimal aminora en cuanto a calidad y cantidad.

En el sentido del oído, hay menor número glándulas ceruminosas; la membrana timpánica tiene menos elasticidad y se degeneran los huesecillos del oído. La agudeza auditiva disminuye por la degeneración del nervio auditivo.

En cuanto al gusto, existe atrofia de la lengua y menor número de papilas gustativas.

A nivel del olfato, se degenera el primer par craneal con deterioro de terminaciones nerviosas afectando así la percepción de olores.

Finalmente, a nivel de tacto, disminuye la sensibilidad al calor o frío. (Arce Coronado & Ayala Gutiérrez, 2012)

2.3.2.9 Sistema Inmunológico. Existe un declive progresivo de la respuesta inmunitaria ante nuevos antígenos, por lo que las vacunaciones en el anciano con buena salud son eficaces, a pesar que los niveles de producción de anticuerpos sean menores a los de una población joven. (De Jaeger, 2011)

2.3.2.10 Sistema Músculo-Esquelético. La fuerza y la masa muscular alcanzan su máxima expresión entre la segunda y la cuarta décadas de la vida y desde entonces se produce una declinación progresiva. Es así que el músculo esquelético sufre importantes cambios en relación a la edad. Disminuye su masa, es infiltrado con grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo. A nivel subcelular hay acumulación de moléculas con daño por estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, acumulación de lipofuscina, falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la formación de miofibrillas, entre otros. Todos estos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza.

2.3.3 Enfermedades más frecuentes a nivel nacional

2.3.3.1 Hipertensión Arterial. Enfermedad con influencia letal sobre corazón, cerebro y riñones. La incidencia de hipertensión sistólica aumenta a partir de los 60 años, siendo consecuencia de la arteriosclerosis, la pérdida de nefronas y la reducción del gasto cardíaco y de la sensibilidad de los barorreceptores.

Actualmente, la presión de pulso y la hipertensión sistólica aislada son consideradas como predisponentes de las enfermedades cardiovasculares. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.3.2 Hipercolesterolemia. El colesterol es utilizado por el cuerpo para constituir tejidos celulares, preservar los nervios, y generar ciertas hormonas. Existen dos tipos de colesterol en nuestro cuerpo, el endógeno, generado por el hígado; y el exógeno, proveniente de los alimentos. A medida que el nivel de colesterol se eleva (hipercolesterolemia) hay una tendencia a desarrollar arteriosclerosis, pasando a ser considerado un factor de riesgo cardiovascular. Así también, si el colesterol llega a bloquear por completo la arteria puede ocurrir un infarto agudo al miocardio. (Aguilar Fernández & Carballo Alfaro, 2012)

2.3.3.3 Infección de Vías Urinarias. Durante el envejecimiento se pueden dar cuatro categorías clínicas relacionadas a la bacteriuria o a la infección urinaria: infección asintomática (bacteriuria asintomática), infección sintomática, infección recurrente y reinfección. En el ámbito hospitalario es más frecuente la bacteriuria, la cual no implica que haya infección; sólo una bacteriuria significativa (más de 100.000 UFC/ml), acompañada de sintomatología local o sistémica, se denomina infección urinaria. En el adulto mayor es frecuente la bacteriuria asintomática, aumentando su prevalencia en

relación con la edad, así tenemos que a los 65 años se observa en el 9.3% y a los 80 años en el 20-50%; siendo un poco más frecuente en las mujeres. El tratamiento se da sólo ante un defecto estructural del riñón o trasplante y antes de una intervención urológica. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.3.4 Diabetes Mellitus Tipo 2. El adulto mayor está más predispuesto a desarrollar esta enfermedad debido a la disminución natural de células beta del páncreas, insulino-resistencia, alimentación inadecuada y menor actividad física. La diabetes mellitus es un factor asociado de la arteriosclerosis cerebral, siendo de 2 a 6 veces superior la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) y de 1,5 veces superior el riesgo de demencia con respecto a la persona sin diabetes. Además, es posible observar en el anciano cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca, así como otras complicaciones que favorecen la inmovilidad y disminuyen la calidad de vida, como la polineuropatía. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.3.5 Enfermedades Respiratorias. El asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor.

El asma bronquial es una enfermedad crónica de vías aéreas, causa una obstrucción variable y episódica (reversible) que se asocia a hiperreactividad bronquial e inflamación eosinofílica. En la población en general tiene una prevalencia de 4% a 9%, aunque esto aumenta con la edad hasta un 17%.

Por otro lado, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por tos productiva diaria durante 3 meses, 2 años consecutivos.

La función respiratoria en el anciano disminuye por los cambios en la distensibilidad pulmonar, las alteraciones de la cavidad

torácica y el aumento del “espacio muerto”. Algunos autores emplean el término de “enfisema senil” para definir esta condición.

La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica varía entre un 7 y 16%, según estudios europeos y norteamericanos. Es una causa importante de hospitalizaciones y de mortalidad en este grupo etario.

Sus manifestaciones clínicas muestran algún grado de cianosis, el “tórax en tonel” con aumento del diámetro anteroposterior, el uso de los músculos accesorios de la respiración, aumento del tiempo espiratorio usualmente mayor de 6 segundos, la hiperresonancia, dada por la mayor sonoridad a la percusión, la disminución de la auscultación de los ruidos respiratorios y el hallazgo de estertores de vías aéreas: Roncus y sibilantes. El paciente intuitivamente expira contra los labios fruncidos (aumentando el volumen de cierre y el intercambio de oxígeno a nivel alveolo capilar)

Según su evolución y severidad, el paciente puede presentar signos de sobrecarga del ventrículo derecho (“corpulmonale”), palpación del ventrículo derecho, ingurgitación venosa cervical y edema en miembros inferiores. (Penny Montenegro & Melgar Cuellar, 2012)

2.3.4 Programa del Adulto Mayor de EsSalud

2.3.4.1 Definición de Centro del Adulto Mayor. Según el Reglamento Institucional se define como: “Unidad Operativa del Sistema de Prestaciones Sociales del Seguro Social de Salud-EsSalud, concebida como espacio de encuentro generacional de personas adultas mayores, orientada a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de soporte familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y programas de estilos de vida para un envejecimiento activo, sin discriminación por creencia

ideológica, política, religiosa, de raza, género o condición social, ni de ninguna otra índole.”

Así también tenemos la definición elaborada en grupos focales de profesionales, Lima-2012; la cual indica que “Un Centro del Adulto Mayor es un espacio de encuentro generacional estructurado en torno a un enfoque gerontológico social, una organización cogestionaria y un soporte técnico normativo y de recursos profesionales calificados. Posee capacidad de sostenibilidad, empoderamiento entre sus miembros y posicionamiento en la comunidad.” (Seguro Social de Salud-EsSalud, 2012)

2.3.4.2 Surgimiento del Centro del Adulto Mayor. El Instituto Peruano de Seguridad Social se crea el 16 de julio de 1980, mediante Decreto Ley N° 23161, el cual fusiona el Seguro Social del Empleado y el Seguro Social del Obrero. Esto genera la modificación de la estructura del Seguro Social del Perú, según las funciones y necesidades del Instituto Peruano de Seguridad Social, mediante Decreto Supremo N° 26-80-PM promulgado el 31 de julio de 1980. Así también, mediante el art. 6° de este último decreto, se da paso a la Gerencia de Prestaciones Sociales como Órgano Técnico Normativo.

Las actividades de la Gerencia de Prestaciones Sociales se abocaron en un primer momento al estudio “La Problemática de la Tercera Edad en el IPSS” (1981), con el cual se elabora el “Proyecto Club de Jubilados”, aprobándose mediante Resolución N° 067-PE-IPSS-1982.

En 1982, se desarrolla el Plan Nacional de la Tercera Edad considerándose junto al Programa de Club de Jubilados, el Coro Polifónico de Jubilados, Convenio Enatru-Perú-IPSS, Ayuda Social Domiciliaria para la Tercera Edad Frágiles, Turismo social para pensionistas, Preparación para la

Jubilación y Convenio con Agencias Funerarias para sepelio de pensionistas.

En junio de 1984, se desactiva la Gerencia de Prestaciones Sociales convirtiéndose en una subgerencia anexa a la Gerencia Central de Pensiones del ex Instituto Peruano de Seguridad Social, lo cual genera pérdida a nivel organizativo, administrativo y de recursos.

La Dirección Nacional de Prestaciones Sociales se crea en agosto de 1985, por acuerdo del Consejo Directivo del Instituto Peruano de Seguridad Social.

A partir del 31 de julio de 1998 se modifican los Centros de la Tercera Edad (CTE) por Centros de Adulto Mayor (CAM), según la Resolución de Programa Central N° 009-PCPSOC-IPSS-98.

Actualmente se cuenta con 122 CAM a nivel nacional, 38 en la Región Lima y Provincia Constitucional del Callao, y 84 en las redes asistenciales de EsSalud. Estos centros atienden a nivel nacional a 53,704 afiliados activos, de los cuales el 66% son mujeres y el 34% son varones. (Seguro Social de Salud-EsSalud, 2012)

2.3.4.3 Población y Distribución de los Centros del Adulto Mayor. La población beneficiada son los asegurados de 60 años o más, los cuales pueden asistir a cualquiera de los 124 Centros del Adulto Mayor distribuidos a nivel nacional en 25 regiones del Perú. Concentrándose, en su mayoría, en la provincia de Lima con 42 Centros del Adulto Mayor. (Seguro Social de Salud del Perú, s.f.)

2.3.4.4 Categorización de los Centros del Adulto Mayor.

Los Centros del Adulto Mayor se han categorizado según recursos económicos, recursos materiales y recursos humanos; siendo la categoría I de baja complejidad, la categoría II de mediana complejidad y la categoría III de alta complejidad.

En la categorización también se considera el número de afiliados activos y el número de talleres que ofertan.

A nivel nacional, la distribución según categorías muestra una significativa concentración de Centros del Adulto Mayor pertenecientes a la Categoría I (78%) y la menor a la Categoría III (6%). (Seguro Social de Salud-EsSalud, 2012)

2.3.4.5 Servicios Gerontológicos brindados por el Centro del Adulto Mayor. Constituidos por cuatro programas, donde cada uno incluye talleres y actividades, los mismos que cuentan con guías metodológicas, guías técnicas y manuales, que orientan su desarrollo.

Cuadro 1. Servicios Gerontológicos del Centro del Adulto Mayor

Programas	Talleres / Actividades	Finalidad / Propósito
Programa de Estilos de Vida para un Envejecimiento Activo	Taller de Educación Emocional	Control de emociones Mejora de relaciones inter personales
	Taller de Memoria	Promover capacidades cognitivas
	Taller "Auto Cuidado"	Generar mejores decisiones personales en pos de su bienestar
	Talleres Artísticos	Desarrollo de habilidades artísticas que mejoran su personalidad
	Taller "Cultura Física"	Movimientos para independencia física
	Talleres "Actualización Cultural"	Inclusión en el mundo moderno
	Turismo Social	Identificación con su país
	Huertos Familiares y Medio Ambiente	Alimentación saludable y preservación del medio ambiente
	Comedor Social	Cobertura de necesidades alimenticias a bajo costo
	Eventos Deportivo-Recreativo	Mejora de la persona desde el punto de vista biopsicosocial

Programa Intergeneracional	Campañas de Sensibilización	Reconocimiento positivo del adulto mayor
	Talleres Intergeneracionales	Relaciones inter personales entre diferentes grupos etarios
Programa de Red de Soporte Familiar	Campañas de educación social “Hacia una cultura del buen trato al adulto mayor”	Generar conciencia sobre los derechos del adulto mayor y su importancia en la sociedad
	Servicio de Apoyo Voluntario a la Familia del Adulto Mayor	Cuidado de adultos mayores vulnerables y de riesgo
Programa Microemprendimiento para Personas Mayores	Talleres Ocupacionales	Promueve la capacidad creativa para retardar la pérdida funcional
	Talleres de Microemprendimiento	Generación de actividad micro empresarial

Fuente. Datos tomados de Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social, La Experiencia de EsSalud (2012)

2.3.4.6 Proceso de Intervención. Se basa en el enfoque gerontológico social, con el fin de conducir una gestión social de pertinencia técnico metodológico, siendo su objetivo estratégico mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de la independencia física y autonomía personal. (Seguro Social de Salud-EsSalud, 2012)

El proceso de Intervención Gerontológico Social está compuesto por las siguientes etapas, procedimiento de acción y resultados esperados.

Cuadro 2. Proceso de Intervención Gerontológico Social

Etapas	Procedimiento de acción	Resultado
Admisión	Entrevista inicial, aplicación de ficha de admisión y registro de la persona mayor en el padrón de afiliados.	Persona mayor inscrita en el Centro del Adulto Mayor.
Diagnóstico y Evaluación de Entrada	Evaluación socio familiar y psicológica de la persona mayor; se aplica la Ficha Integral del Adulto Mayor.	Perfil de entrada de la persona mayor.
Inducción al desarrollo personal	Orientación individual de participación según perfil y presentación al grupo de afiliados del Centro del Adulto Mayor.	Plan de participación de la persona mayor en el Centro del Adulto Mayor.
Participación en la oferta	Realización de los talleres y servicios ofertados	Persona Mayor con una visión positiva del

de servicios		envejecimiento y nuevos estilos de vida.
Monitoreo	Seguimiento del desenvolvimiento del adulto mayor, ajustes y modificaciones pertinentes.	Mejoramiento continuo de la calidad del servicio.
Evaluación	Se aplica la Encuesta de Satisfacción del Usuario, en un periodo anual.	Adulto Mayor con Proyecto de Vida, con autonomía personal y ejerciendo su ciudadanía.

Fuente. Datos tomados de Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social, La Experiencia de EsSalud (2012)

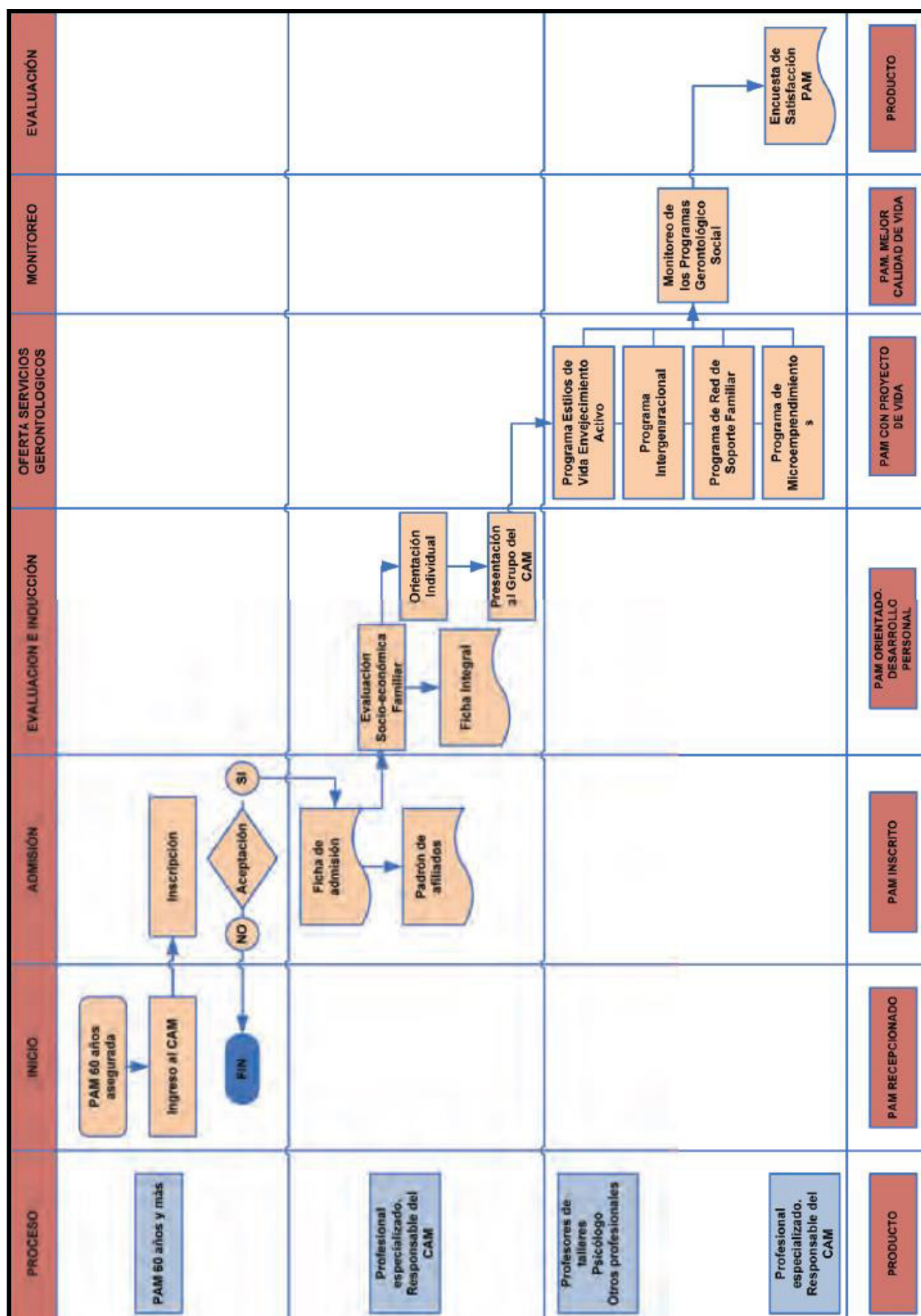


Figura 1. Flujo de procedimiento del Centro del Adulto Mayor.

Fuente. Datos tomados de Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social, La Experiencia de EsSalud (2012)

2.3.5 Calidad de Vida

2.3.5.1 Conceptualización de Calidad de Vida.- Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (Luján Padilla, 2014)

2.3.5.2 Dimensiones de Calidad de Vida.- Dentro de Calidad de Vida se pueden describir 8 dimensiones.

- Función Física; grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria.
- Rol Físico; grado en que la salud física interfiere en las actividades diarias y en el trabajo.
- Dolor Corporal; valoración del nivel de dolor y lo que ocasiona en el trabajo habitual.
- Salud General; percepción de la salud actual, futura y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad; sentimiento de energía frente al sentimiento de agotamiento.
- Función Social; grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social diaria.
- Rol Emocional; grado en que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias o el trabajo.
- Salud Mental; cuantifica la salud mental en general, incluyendo la depresión, ansiedad y el control de la conducta.

(Medina Espejo, 2014)

2.3.6 Cuestionario de Salud SF-36

2.3.6.1 Conceptualización.- El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente. El instrumento puede ser auto-administrado, administrado telefónicamente o durante una entrevista personal para individuos mayores de 14 años. (Instituto Municipal de Investigación Médica, 2000)

2.3.6.2 Origen.- Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el Cuestionario de Salud SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA. Se basó en el método de traducción y retro traducción por profesionales y la realización de estudios pilotos con pacientes. (Instituto Municipal de Investigación Médica, 2000)

2.3.6.3 Composición.- El Cuestionario de Salud SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas.

Cuadro 3. Dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 y del apartado de la Evolución de la Salud

Escala	Nº Ítems	Nº Niveles	Contenido
Función Física	10	21	Grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria.
Rol Físico	4	5	Grado en que la salud física interfiere en las actividades diarias y en el trabajo.
Dolor Corporal	2	11	Valoración del nivel de dolor y lo que ocasiona en el trabajo habitual.
Salud General	5	21	Percepción de la salud actual, futura y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	4	21	Sentimiento de energía frente al sentimiento de agotamiento.
Función Social	2	9	Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social diaria.
Rol Emocional	3	4	Grado en que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias o el trabajo.
Salud Mental	5	26	Cuantifica la salud mental en general, incluyendo la depresión, ansiedad y el control de la conducta.
Evolución Declarada de la Salud	1	5	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

Fuente. Datos tomados de Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (2000)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio fue de tipo No Experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio ni se tuvo control sobre estas, sólo se observó la situación existente para posteriormente analizar y comparar los datos obtenidos de cada Centro del Adulto Mayor. De corte transversal, ya que se recolectó los datos en un solo corte o punto de tiempo. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.2 Unidad de análisis

Adulto mayor participante del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”; departamento de Ica, 2017.

Adulto mayor participante del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”; departamento de Ica, 2017.

3.3 Población de estudio

Todos los adultos mayores afiliados al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”; provincia de Palpa, departamento de Ica.

Todos los adultos mayores afiliados al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”; provincia de Nasca, departamento de Ica.

3.4 Tamaño de muestra

Se tomó la población en general y no una muestra. Se procedió a trabajar con todos los adultos mayores participantes del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” y del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, año 2017; que cumplieron con los criterios de selección, ya que el número de los mismos era limitado. Es una muestra no probabilística por conveniencia.

3.5 Criterios de selección

3.5.1 Criterios de Inclusión

- Adulto mayor afiliado al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” o al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”.

- Adulto mayor afiliado al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” o al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, con más del 80% de asistencia a talleres, eventos y/o campañas.

3.5.2 Criterios de Exclusión

- Adulto mayor afiliado al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” o al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” que padece de alguna enfermedad terminal.
- Adulto mayor afiliado al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” o al Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” con alguna minusvalía.

3.6 Recolección de datos

3.6.1 Técnica de recolección

Para la recolección de información sobre el Programa del Centro del Adulto Mayor, se seleccionó como técnica la observación estructurada y la entrevista. El instrumento utilizado fue una ficha de evaluación integral aplicada por el investigador.

Para el efecto de la recolección de información sobre calidad de vida, se seleccionó como técnica el cuestionario administrado por un entrevistador y el instrumento utilizado

fue un cuestionario estructurado aplicado en forma personal a cada adulto mayor.

3.6.2 Instrumentos a Utilizar

- a. Ficha de Evaluación Integral del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud. (Anexo N° 1). Basada en el Manual de Operaciones del Centro del Adulto Mayor (2016) y en el informe “Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social, La Experiencia de EsSalud” (2012). Por medio de esta ficha se obtuvieron datos específicos sobre la gestión de la institución según infraestructura, recursos humanos, procesos y actividades programadas/ejecutadas; teniendo como finalidad, observar si se cumple o no con los objetivos y normas institucionales.

Cuadro 4. Calificación de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud

Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud		
Ítem	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Infraestructura	10	48
RRHH	5	25
Procesos	6	30
Prestaciones sociales	4	20

Fuente. Ficha de evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor generada por el investigador (2017)

La validez y confiabilidad del instrumento se determinó a partir del juicio de expertos, analizando las respuestas de los mismos mediante el Coeficiente Kappa de Cohen, dando como valor final 86%, lo cual demuestra un alto grado de concordancia entre las evaluaciones de los expertos.

- b. Cuestionario de Salud SF-36 (Anexo N° 2). Validado a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), que incluyó investigadores de 15 países, presenta los resultados del proceso de adaptación de la Short-Form Health Survey-36 (SF-36). Las puntuaciones medias de equivalencia de la versión traducida con la original fueron elevadas, independientemente de la dificultad de la traducción. El rango de los puntajes promedio para cada opción de respuesta de acuerdo con la clasificación asignada en el cuestionario, en todos los casos. El coeficiente Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad en todas las dimensiones, fue mayor a 0,7 (rango: 0,71 a 0,94), a excepción de la escala Función Social (alfa = 0,45). El coeficiente de correlación intra-clase varió desde 0,58 hasta 0,99. El IQOLA concluyó que, el proceso de adaptación de la SF-36 fue un instrumento equivalente al original y con un nivel adecuado de fiabilidad. (Vilagut, y otros, 2005)

Cuadro 5. Calificación de Cuestionario de Salud SF-36

Dimensión	Calidad de vida	
	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Función física	10	30
Rol físico	4	8
Dolor corporal	2	12
Salud	5	25

general		
Vitalidad	4	24
Función social	2	10
Rol emocional	3	6
Salud mental	5	30

Fuente. Datos tomados de Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (2000)

3.6.3 Procedimiento de recolección

Antes de iniciar el proceso de recolección, primero se solicitó la autorización a la Red Asistencial Ica-EsSalud para realizar el estudio en los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” y “Nasca”. También se realizó las coordinaciones correspondientes con la asistente social a cargo de cada centro, para aplicar el cuestionario sin ocasionar inconvenientes en las actividades programadas.

Se procedió a la observación y recopilación de datos para la Ficha de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud.

Se realizó una Prueba Piloto para analizar la confiabilidad de cada una de las dimensiones a ser evaluadas mediante el Cuestionario de Salud SF-36, empleándose las pruebas Alfa de Cronbach para dimensiones policotómicas, y la prueba KR20 para dimensiones dicotómicas. Así se obtuvo una confiabilidad muy alta para las dimensiones función física (0.944), dolor corporal (0.901), vitalidad (0.914) y salud mental (0.877); confiabilidad alta para las dimensiones salud general (0.792), función social (0.774), rol físico (0.7100) y rol emocional (0.6964).

3.7 Análisis de datos

3.7.1 Codificación de datos

Para analizar la Ficha de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, se creó una matriz, por cada centro, donde realizar la sumatoria de los puntajes obtenidos según sub escala, para luego obtener el puntaje total.

Previo al análisis de la información sobre calidad de vida, se procedió a crear una matriz, por cada Centro del Adulto Mayor EsSalud, para los datos obtenidos del Cuestionario de Salud SF-36, los cuales debían ser recodificados según el manual del cuestionario, para posteriormente ser valorados dimensionalmente.

3.7.2 Programa estadístico empleado

Se empleó el software IBM SPSS Statistics 20, destinado al análisis de datos estadísticos, contando con una cantidad de pruebas disponibles en una interfaz simple que distribuye la información de forma lógica, disponiendo de un asesor de resultados para cotejar los datos obtenidos. Está disponible en varios idiomas y cuenta con gráficos y tablas dinámicas que se actualizarán según los datos introducidos.

3.7.3 Técnicas analíticas

Se procedió a un análisis univariado, realizándose las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión.

El análisis bivariado se realizó según la naturaleza de las variables, empleándose la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, correspondientes en el estudio a las variables Calidad de vida y Programa del Centro del Adulto Mayor.

3.8 Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del caso a la Red Asistencial Ica-EsSalud para realizar el estudio en los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” y “Nasca” (Anexo 3). Así mismo, se coordinó con la asistente social a cargo del centro, para aplicar el Cuestionario de Salud SF-36 a los adultos mayores, sin ocasionar inconvenientes durante las actividades institucionales ya programadas.

Se expuso que la participación en el estudio es voluntario, no ocasionando ningún riesgo para el participante y totalmente confidencial, donde el investigador empleará los datos de manera codificada y de forma exclusiva para la investigación. Posterior a esto, se procedió con la firma del consentimiento informado por parte del participante.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

En este apartado, se procederá a presentar los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. En primer lugar, se describirá la variable Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, según puntaje dimensional y total, comparando los centros “Palpa” y “Nasca”. Posteriormente, se describirá la variable Calidad de Vida en base a sus ocho dimensiones. Luego, se mostrarán los resultados de las comparaciones de los promedios y desviaciones típicas según dimensiones, para finalmente, poder responder al objetivo principal del estudio mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que comparará las variables Programa del Centro del Adulto Mayor y Calidad de Vida.

Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud

En el cuadro 6, se puede apreciar la evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” y “Palpa”. Así tenemos que, según la dimensión Infraestructura, el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” (31 pto) posee una instalación amplia, accesible y reconocible para la comunidad, con múltiples ambientes de trabajo señalizados, ventilados e iluminados

adecuadamente, pero con presencia de barreras arquitectónicas en el ingreso principal al centro.

El Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” (27 ptos) presenta una infraestructura céntrica y accesible para la comunidad, con ambientes de trabajo señalizados, ventilados e iluminados, pero con presencia de barreras arquitectónicas tanto en el ingreso principal al centro como en el traslado dentro del mismo; además de poseer muy pocos ambientes de trabajo para todos los talleres que ofrecen.

Según la dimensión recursos humanos el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud posee personal acorde a cada taller brindado, los cuales son capacitados a través de foros y seminarios para la atención del adulto mayor, además de reuniones de retroalimentación entre el personal de los diferentes centros pertenecientes a la Red Asistencial Ica-EsSalud.

En la dimensión de procesos el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” (30 ptos) cumple con el registro, diagnóstico y evaluación de entrada de todo participante nuevo, para luego elaborar el plan de participación de la persona mayor en el centro. El seguimiento del avance de talleres y actividades ofertados lo lleva a cabo a través del registro de asistencia por taller.

El Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” (24 ptos) cumple con los procesos de entrada de un participante nuevo, sin embargo el seguimiento realizado a cada participante aún se encuentra en proceso de mejoramiento.

Finalmente, en la dimensión de prestaciones sociales, el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” (20 ptos) presenta un mejor balance entre actividades programadas y ejecutadas que el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” (14 ptos).

Es así que, según la sumatoria del puntaje obtenido en cada dimensión, el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, con 104 puntos, se categoriza como un Programa adecuado; mientras que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”, con 86 puntos, se categoriza como un Programa regular.

Cuadro 6. Distribución de puntajes procedentes de la evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud

Dimensión	Nasca	Palpa
Infraestructura	31	27
Recursos Humanos	23	21
Procesos	30	24
Prestaciones Sociales	20	14
Puntaje general	104	86

Fuente. Datos tomados de la Ficha de evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, generada por el investigador. (2017)

Calidad de vida del adulto mayor perteneciente al Centro del Adulto Mayor EsSalud

En el cuadro 7 se muestra la distribución porcentual de las puntuaciones de las ocho dimensiones de calidad de vida, pertenecientes al Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, clasificadas según terciles.

Siguiendo este cuadro, podemos decir que el adulto mayor perteneciente a este centro tiene alta calidad de vida según Función Física (56.7%), Rol Físico (53.3%), Dolor Corporal (63.3%), Salud General (73.3%), Función Social (73.3%), Rol

Emocional (46.7%) y Salud Mental (90%). Mientras que el 60% de adultos mayores tienen regular calidad de vida según vitalidad.

Cuadro 7. Distribución de puntaje dimensional de Calidad de vida en el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”

Dimensión	Nasca		
	Bajo (f%)	Regular (f%)	Alto (f%)
Función física	3.3	40	56.7
Rol físico	6.7	40	53.3
Dolor corporal	0	36.7	63.3
Salud general	3.3	23.3	73.3
Vitalidad	0	60	40
Función social	0	26.7	73.3
Rol emocional	10	43.3	46.7
Salud mental	0	10	90

Fuente. Datos tomados del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado en el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” (2017)

En el cuadro 8, se aprecia la distribución porcentual del puntaje dimensional que el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” obtuvo según calidad de vida. Es así que el 76.9% de los adultos mayores poseen alta calidad de vida según Salud General, el 52.3% alta calidad de vida según Función Social, el 44.6% alta calidad de vida según Rol Emocional y el 81.5% de adultos mayores tienen alta calidad de vida según Salud Mental.

Siguiendo con el estudio, el 55.4% de adultos mayores presentan regular calidad de vida según Función Física; el 58.5% regular calidad de vida según Dolor Corporal; y el 56.9% de personas mayores, regular calidad de vida según Vitalidad. Sin embargo, el 63.1% de adultos mayores entrevistados poseen baja calidad de vida según Rol Físico.

Cuadro 8. Distribución de puntaje dimensional de Calidad de vida, según Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”

Dimensión	Palpa		
	Bajo (f%)	Regular (f%)	Alto (f%)
Función física	23.1	55.4	21.5
Rol físico	63.1	13.8	23.1
Dolor corporal	6.2	58.5	35.4
Salud general	12.3	10.8	76.9
Vitalidad	1.5	56.9	41.5
Función social	1.5	46.2	52.3
Rol emocional	41.5	13.8	44.6
Salud mental	0	18.5	81.5

Fuente. Datos tomados del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado en el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” (2017)

Si comparamos los Centros del Adulto Mayor EsSalud en estudio (figura 2), teniendo en cuenta el porcentaje de adultos mayores que poseen alta calidad de vida, se evidencia que el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” posee un mayor porcentaje de adultos mayores con alta calidad de vida según Función Física (56.7%), Rol Físico (53.3%), Dolor Corporal (63.3%), Función Social (73.3%), Rol Emocional (46.7%) y Salud Mental (90%). A diferencia del Centro del Adulto Mayor “Palpa”, el cual sólo posee mayor porcentaje de adultos mayores con alta calidad de vida según Salud General (76.9%) y Vitalidad (41.5%).

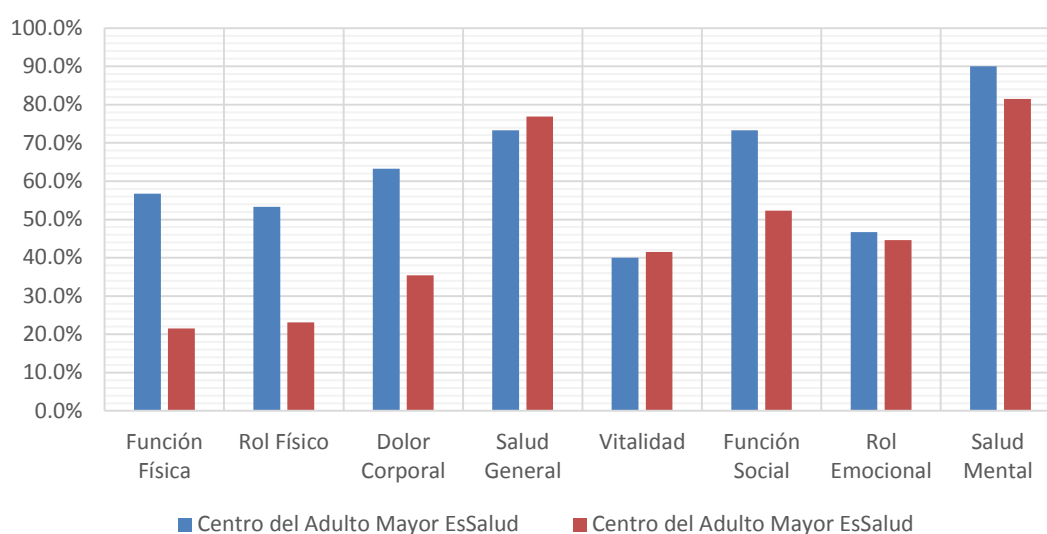


Figura 2. Comparación del puntaje dimensional correspondiente a la categoría Alta Calidad de Vida.

Fuente. Datos tomados del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado en el Centro del Adulto Mayor EsSalud (2017)

La distribución de promedios y desviaciones típicas de las dimensiones de calidad de vida, se pueden apreciar en el cuadro 9, donde el valor más alto de media, en el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, pertenece a la dimensión Salud Mental (78.80%) y la media más baja, con 66.00%, a la dimensión Vitalidad.

Resultado similar se obtiene en el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa”, donde la media más alta es la de Salud Mental (78.15%), pero la media más baja es de Rol Físico con un 32.31%.

En cuanto a la desviación típica, se obtiene que a pesar de que en la dimensión Rol Emocional, el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, posee una media alta (77.78%) a comparación del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” (55.90%), la desviación típica de este último centro (45.30) casi duplica la desviación

típica del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” (25.27), favoreciendo que ambas medias sean estadísticamente iguales. Lo mismo ocurre en el caso de la dimensión Salud General, donde el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” obtiene una media de 71.13%, con una desviación típica de 13.65; mientras que el Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” obtiene una media de 69.49%, con una desviación típica de 24.82 que transforma las medias en estadísticamente iguales.

Cuadro 9. Distribución de promedios y desviación estándar de la calidad de vida según dimensión

Dimensión	Nasca		Palpa	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Función física	69.00	16.94	50.62	23.18
Rol físico	63.33	21.51	32.31	38.20
Dolor corporal	72.50	13.98	62.11	17.59
Salud general	71.13	13.65	69.49	24.82
Vitalidad	66.00	11.55	65.77	12.13
Función social	75.42	15.22	68.65	15.80
Rol emocional	77.78	25.27	55.90	45.30
Salud mental	78.80	7.29	78.15	13.15

Fuente. Datos tomados del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado en los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” y “Nasca” (2017)

Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud y Calidad de Vida

La finalidad del presente estudio es determinar si el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud influye en la Calidad de Vida del adulto mayor afiliado. Para relacionar estas variables, primero se

observó la distribución de los valores, determinándose que la prueba a emplear, según naturaleza de variables, más adecuada era la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para 2 muestras independientes. Así obtenemos el cuadro 10, donde se analiza y concluye que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, influye en la Calidad de Vida, según las dimensiones Función Física ($\alpha=0.000$), Rol Físico ($\alpha=0.000$), Dolor Corporal ($\alpha=0.003$) y Función Social ($\alpha=0.047$), ya que el nivel de significación es menor a 0.05.

Cuadro 10. Prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes

Dimensión	Nasca		Palpa		U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		
Función física	69.00	16.94	50.62	23.18	512.5	0.000
Rol físico	63.33	21.51	32.31	38.20	498.0	0.000
Dolor corporal	72.50	13.98	62.11	17.59	614.5	0.003
Salud general	71.13	13.65	69.49	24.82	872.5	0.410
Vitalidad	66.00	11.55	65.77	12.13	946.0	0.814
Función social	75.42	15.22	68.65	15.80	735.5	0.047
Rol emocional	77.78	25.27	55.90	45.30	772.0	0.083
Salud mental	78.80	7.29	78.15	13.15	808.5	0.170

Fuente. Datos tomados del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado al Centro del Adulto Mayor EsSalud. (2017)

Teniendo en cuenta los sub programas ofrecidos por el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, y los tipos de actividades programadas en ellos, se les ha relacionado a cada uno con las dimensiones de calidad de vida que más desarrolla y en las cuales podría influenciar de manera más determinante (cuadro 11).

Así tenemos que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud, en su dimensión Estilos de vida para un Envejecimiento Activo influye de forma parcial en la calidad de vida del afiliado, debido a que en las dimensiones Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal, el nivel de significación es menor a 0.05, demostrando una correlación entre las variables; contrario a lo observado en la dimensión Rol Emocional ($\alpha=0.083$) y Salud Mental ($\alpha= 0.170$), donde no existe correlación.

La dimensión Intergeneracional influye positivamente en la calidad de vida, según Función Social, con un nivel de significación de 0.047.

La dimensión Red de Soporte Familiar influye en la calidad de vida del afiliado de forma parcial, ya que, según Función Social hay una correlación de significación, pero según Rol Emocional ($\alpha=0.083$) y Salud Mental ($\alpha= 0.170$) no existe correlación.

Finalmente, en la dimensión Microemprendimiento, no existe correlación de variables, esto debido a que las dimensiones de calidad de vida relacionadas a este sub programa obtuvieron un nivel de significación mayor a 0.05: Salud General con 0.410, Vitalidad con 0.814 y Salud Mental con 0.170.

Cabe resaltar, que se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, a las variables intervinientes, demostrando que no existe una relación de significación entre éstas y el Programa del Centro del Adulto Mayor o la Calidad de Vida.

Cuadro 11. Relación entre las dimensiones del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud y las dimensiones de Calidad de Vida

Programa del Adulto Mayor EsSalud	Calidad de Vida							
Dimensión	Función Física ($\alpha=0.000$)	Rol Físico ($\alpha=0.000$)	Dolor Corporal ($\alpha=0.003$)	Salud General ($\alpha=0.410$)	Vitalidad ($\alpha=0.814$)	Función Social ($\alpha=0.047$)	Rol Emocional ($\alpha=0.083$)	Salud Mental ($\alpha=0.170$)
Programa de Estilos de Vida para un Envejecimiento Activo	X	X	X				X	X
Programa Intergeneracional						X		
Programa de Red de Soporte Familiar						X	X	X
Programa Microemprendimiento para Personas Mayores				X	X			X

Fuente. Datos tomados de Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social, La Experiencia de EsSalud (2012) Y del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado al Centro del Adulto Mayor EsSalud. (2017)

4.2 Pruebas de hipótesis

La prueba de hipótesis es no paramétrica, por trabajarse con toda la población, debido también a que la distribución de normalidad de valores determina que la naturaleza de las variables es de dos muestras independientes.

Se comprueba que la variable Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud influye en la Calidad de vida del afiliado, según Función Física ($\alpha=0.000$), Rol Físico ($\alpha=0.000$), Dolor Corporal ($\alpha=0.003$) y Función Social ($\alpha=0.047$), ya que el nivel de

significación es menor a 0.05 en la prueba de U de Mann-Whitney.

4.3 Discusión de resultados

Los resultados del estudio evidenciaron que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud influye en la calidad de vida del adulto mayor, según Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Función Social. Además, dio una visión sobre el nivel de calidad de vida de los adultos mayores, los cuales tenían Alta Calidad de Vida según Salud General, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Estos datos son contradictorios a lo expresado en el estudio de Medina Espejo, Lidia (2014) “Actividad Recreativa y Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermúdez – EsSalud”, donde se establece que la población adulto mayor en estudio tiene una Baja Calidad de Vida según Salud Mental, Función Social, Salud General y Rol Emocional; pero Alta Calidad de Vida según Dolor Corporal. Mediante esto, tomando la población del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”, se puede concluir que la calidad de vida del adulto mayor, según Salud Mental, Función Social, Salud General y Rol Emocional, es mejor que la calidad de vida del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Pablo Bermúdez”, del distrito de Jesús María.

Según el estudio de Rodriguez Alayo, Stephanie (2014) “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012”; el grado de apoyo familiar tiene una correlación significativa con la calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Lo cual se evidencia también en este estudio ya que el programa otorgado por el Centro del Adulto Mayor EsSalud, en su

dimensión Red de Soporte Familiar, tuvo una correlación significativa con la Calidad de Vida según Función Social.

El estudio de López Telles et al. (2012) denominado “Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social”, pone en evidencia que un programa físico y social mejora la calidad del vida del adulto mayor y la condición física funcional del mismo. Estos datos corroboran lo obtenido en la presente investigación en la cual se halló una correlación significativa entre el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud en su dimensión Intergeneracional y la Calidad de Vida del adulto mayor según Función Social; además de encontrarse correlación significativa entre el Programa del Centro del Adulto Mayor en su dimensión de Estilos de Vida para un Envejecimiento Activo y la Calidad de Vida en su Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal. Estos resultados también son compartidos por el estudio de Jiménez Rinza, Johnson (2012) “Experiencias de Adultos Mayores ante Programas de Actividad Física y Socialización”.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

1. El Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Nasca” es un programa adecuado, mientras que el Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud “Palpa” es un programa regular, según la evaluación integral realizada; e influye en la Calidad de Vida del adulto mayor afiliado, según Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Función Social.
2. El Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”, en su dimensión Estilos de Vida para un Envejecimiento Activo, influye positivamente en la Calidad de Vida del afiliado, según Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal; con una correlación de significancia menor o igual a 0.003.
3. El Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”, en su dimensión Intergeneracional influye positivamente en la Calidad de Vida, según Función Social, teniendo una correlación de significancia de 0.047, según la prueba U de Mann-Whitney.
4. El Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”, en su dimensión Red de Soporte Familiar influye en la Calidad de Vida del adulto mayor de forma parcial (1/3 de las dimensiones), ya que, según Función Social hay una correlación de

significación, pero según Rol Emocional ($\alpha=0.083$) y Salud Mental ($\alpha=0.170$) no existe correlación.

5. El Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”, en su dimensión Microemprendimiento, no influye en la calidad de vida del afiliado, esto debido a que las dimensiones de calidad de vida relacionadas a este sub programa obtuvieron un nivel de significación mayor a 0.05: Salud General con 0.410, Vitalidad con 0.814 y Salud Mental con 0.170.

CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES

1. Se recomienda reuniones de retroalimentación entre la experiencia en gestión de los coordinadores de cada centro, para así trabajar y mejorar en conjunto, innovando sus servicios paralelamente. Así también, se recomienda la realización de Círculos de Calidad para mejorar el desarrollo de sus procesos institucionales.
2. Se recomienda promover la especialización y capacitación en Gerontología, del personal que labora en los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”, “Palpa”.
3. Se recomienda mejorar los procesos de monitoreo (observación y registro de asistencia por taller) y evaluación (Encuesta de Satisfacción del usuario) del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud. Implementando técnicas más objetivas e integrales.

CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Fernández, E., & Carballo Alfaro, A. (Enero de 2012). Prevalencia de Hipercolesterolemia en adultos mayores de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-11. doi:10.15517/psm.v9i2.723
2. Arce Coronado, I. A., & Ayala Gutiérrez, A. (Marzo de 2012). Fisiología del Envejecimiento. *Revista de Actualización Clínica Médica*, 17, 813-818. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v17/v17_a01.pdf
3. Brotons, C., Soriano, N., Moral, I., Rodríguez Artalejo, F., Banegas, J. R., & Martín Moreno, J. M. (2012). Intervenciones Preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 151-157. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.006
4. Casilda López, J., Torres Sánchez, I., Garzón Moreno, V. M., Cabrera Martos, I., & Valenza, M. C. (2015). Resultados de un programa de actividad física dirigida en sujetos mayores en entorno residencial: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(4), 174-178. doi:10.1016/j.regg.2014.09.007
5. Congreso de la República (20 de Julio del 2016) Ley de la Persona Adulta Mayor (Ley N° 30490).Diario Oficial El Peruano. Obtenido de <http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2016/07/21/1407242-1.html>

6. Córdova Calle, N. H. (2012). *Calidad de Vida del Adulto Mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo, 2010*. Tesis, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Obtenido de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/577>
7. Davis, J., Bryan, S., Marra, C., Sharma, D., Chan, A., Lynn Beattie, B., . . . Liu-Ambrose, T. (Mayo de 2013). An Economic Evaluation of Resistance Training and Aerobic Training versus Balance and Toning Exercises in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. (E. Conrad P., Ed.) *Plos One*, 8(5). doi:10.1371/journal.pone.0063031
8. De Jaeger, C. (2011). Fisiología del Envejecimiento. (EMC, Ed.) *Kinesiterapia-Medicina Física*, 1-8. doi:10.1016/j.rh.2011.12.002
9. Fernandez Llera, G., Martín López, C., Rodríguez García, J., & Echevarría, C. (2012). Programas de Rehabilitación en centros de mayores: situación actual y propuesta de actuación. *Rehabilitación*, 46(1), 49-54.
10. Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo-EsSalud. (Mayo de 2016). *EsSalud:Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional 2015*. Análisis Ejecutivo, Seguro Social de Salud - EsSalud, Lima. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/downloads/analisis_ejec_n_nacional_2015.pdf
11. Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales. (2010). *Directiva para el Desarrollo de Servicios Complementarios en los Centros del Adulto Mayor*. Documento Normativo, Seguro Social de Salud-EsSalud, Lima.
12. Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales. (2010). *Guía Metodológica para el Desarrollo de Talleres Ocupacionales en los Centros del Adulto Mayor-EsSalud*. Documento Normativo, Seguro Social de Salud-EsSalud, Lima.
13. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). (J. M. Chacón, Ed.) McGraw-Hill.
14. Ibarra Gonzáles, C. P. (2012). *Evaluación de los Programas de Salud del Adulto Mayor y el Profesional de Enfermería de la Comunidad en*

- Ciudad Victoria, México*. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, Victoria. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/28058>
15. Instituto Municipal de Investigación Médica. (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Manual, Barcelona. Obtenido de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
 16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012*. Informe Situacional, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
 17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Informe Técnico N°1: Situación de la Población Adulta Mayor*. Informe Técnico, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
 18. Jiménez Rinza, J. L. (2012). *Experiencias de Adultos Mayores ante Programas de Actividad Física y Socialización*. Tesis, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Obtenido de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/411>
 19. López Téllez, A., Río Ruiz, J., Molinero Torres, F., Fernández Maldonado, I., Martínez Zaragoza, I., & Prados Torres, P. (2012). Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social. *Semergen*, 38(3), 137-144. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2011.09.005>
 20. Luján Padilla, I. M. (2014). *Calidad de Vida del Adulto Mayor del Asilo de los Hermanos de Belén*. Tesis, Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
 21. Martín Valero, R., Cuesta Vargas, A., & Labajos Manzanares, M. (2013). Effectiveness of the physical activity promotion programme on the quality of life and the cardiopulmonary function for inactive people: Randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13(127), 1-7. Obtenido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/127>
 22. Martínez, N., Acuña, R., & Tuzzi, M. J. (2014). Adultos Mayores: Inclusión Social, Participación, Autonomía. *Programa Adultos*

- Mayores: Inclusión Social, Participación y Autonomía*. Buenos Aires. Obtenido de <http://extension.unicen.edu.ar/jem/completas/278.pdf>
23. Medina Espejo, L. S. (2014). *Actividad Recreativa y Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermudez-EsSalud*. Tesis, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Lima. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/394>
24. Ministerio de Salud. (2014). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores MINSAL*. Chile. Obtenido de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
25. Oficina Central de Planificación y Desarrollo-EsSalud. (2013). *Memoria Anual 2013 Del Seguro Social de Salud-EsSalud*. Memoria Anual, Seguro Social de Salud - EsSalud, Lima. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria_2013.pdf
26. Oficina Central de Planificación y Desarrollo-EsSalud. (Enero de 2015). *Plan Operativo Institucional 2015*. Plan Operativo, Seguro Social de Salud - EsSalud, Lima. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/Plan_Operativo_Institucional_2015.pdf
27. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre El Envejecimiento y La Salud*. Informe Mundial, Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=C9CA7FC09A807E1E5499FBC4579DD8F7?sequence=1
28. Penny Montenegro, E., & Melgar Cuellar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista* (Primera ed.). (F. Melgar Cuellar, & E. Penny Montenegro, Edits.) Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: La Hoguera.
29. Rodríguez Alayo, S. S. (2014). *Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso*. Miramar, 2012. Tesis,

- Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/264>
30. Seguro Social de Salud del Perú. (s.f.). *Seguro Social de Salud-EsSalud*. Recuperado el 28 de Setiembre de 2016, de Seguro Social de Salud-EsSalud: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
31. Seguro Social de Salud-EsSalud. (2012). *Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social: La Experiencia de EsSalud*. Lima. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/CENTROS_ADULT_MAY_COMO_MOD_GERONT_1RA_EDIC_NOV2012.pdf
32. Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer Miralda, G., Quintana, J. M., . . . Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>

CAPÍTULO 8: ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor EsSalud

MARQUE CON UNA (X) LA ALTERNATIVA ACORDE AL ANÁLISIS REALIZADO (SÓLO UNA ALTERNATIVA POR ITEM)

1. **DIMENSIÓN INFRAESTRUCTURA :**

1.1. **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:**

- | | |
|--|--------------------------|
| Céntrico-accesible-reconocible | <input type="checkbox"/> |
| Céntrico y reconocible | <input type="checkbox"/> |
| Céntrico y accesible | <input type="checkbox"/> |
| Accesible y reconocible | <input type="checkbox"/> |
| Sólo es céntrico o accesible o reconocible | <input type="checkbox"/> |

1.2. **ÁREA CONSTRUIDA:**

- | | |
|--|--------------------------|
| Menor de 500 m ² | <input type="checkbox"/> |
| 500 m ² | <input type="checkbox"/> |
| De 500 m ² a 700 m ² | <input type="checkbox"/> |
| De 700 m ² a 900 m ² | <input type="checkbox"/> |
| Mayor de 900 m ² | <input type="checkbox"/> |

1.3. **NÚMERO DE PLANTAS:**

- | | |
|---------|--------------------------|
| 1 Piso | <input type="checkbox"/> |
| 2 Pisos | <input type="checkbox"/> |
| 3 Pisos | <input type="checkbox"/> |

1.4. **NÚMERO DE AMBIENTES DE TRABAJO:**

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Mayor de 12 | <input type="checkbox"/> |
| De 9 a 12 | <input type="checkbox"/> |
| De 6 a 9 | <input type="checkbox"/> |
| De 3 a 6 | <input type="checkbox"/> |
| De 1 a 3 | <input type="checkbox"/> |

1.5. **NÚMERO DE ÁREAS COMUNES:**

- | | |
|------------|--------------------------|
| Mayor de 8 | <input type="checkbox"/> |
| De 6 a 8 | <input type="checkbox"/> |
| De 4 a 6 | <input type="checkbox"/> |
| De 2 a 4 | <input type="checkbox"/> |
| De 1 a 2 | <input type="checkbox"/> |

1.6. PRESENCIA DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

1.7. AMBIENTES SEÑALIZADOS:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

1.8. VENTILACIÓN:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

1.9. ILUMINACIÓN NATURAL:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

1.10. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

2. DIMENSIÓN RECURSOS HUMANOS:

2.1. CUMPLIMIENTO DE PERFIL DE COMPETENCIAS:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

2.2. EXPERIENCIA DE GESTIÓN EN CENTRO DEL ADULTO MAYOR (CAM):

Menor de 1 año	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2	<input type="checkbox"/>
De 2 a 4	<input type="checkbox"/>
De 4 a 6	<input type="checkbox"/>
Mayor de 6 años	<input type="checkbox"/>

2.3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE COMPETENCIAS (CAPACITACIONES PROFESIONALES):

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

2.4. INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS ENTRE CAM (PARTICIPACIÓN DE REUNIONES ANUALES):

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

2.5. PARTICIPACIÓN EN FOROS Y/O SEMINARIOS ESPECIALIZADOS EN GERONTOLOGÍA SOCIAL (A NIVEL INSTITUCIONAL):

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

3. DIMENSIÓN PROCESOS:

3.1. APLICACIÓN DE FICHA DE ADMISIÓN A LOS AFILIADOS NUEVOS:

Menor de 20%

De 20% a 40%

De 40% a 60%

De 60% a 80%

Mayor de 80%

☐
☐
☐
☐
☐

3.2. REGISTRO EN EL PADRÓN DE AFILIADOS A LOS INGRESOS NUEVOS:

Menor de 20%

De 20% a 40%

De 40% a 60%

De 60% a 80%

Mayor de 80%

☐
☐
☐
☐
☐

3.3. EVALUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y PSICOLÓGICA A LOS NUEVOS AFILIADOS:

Menor de 20%

De 20% a 40%

De 40% a 60%

De 60% a 80%

Mayor de 80%

☐
☐
☐
☐
☐

3.4. APLICACIÓN DE FICHA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR A LOS NUEVOS AFILIADOS:

Menor de 20%

De 20% a 40%

De 40% a 60%

De 60% a 80%

Mayor de 80%

☐
☐
☐
☐
☐

3.5. REALIZACIÓN DE PLAN DE PARTICIPACIÓN EN EL CAM DE LOS NUEVOS AFILIADOS:

Menor de 20%

De 20% a 40%

De 40% a 60%

De 60% a 80%

Mayor de 80%

☐
☐
☐
☐
☐

3.6. REGISTRO DE ASISTENCIA DE AFILIADOS POR TALLER:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

4. DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES:**4.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:**

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

4.2. ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PROGRAMA INTERGENERACIONAL:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

4.3. ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PROGRAMA RED DE SOPORTE FAMILIAR:

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

4.4. ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL PROGRAMA MICROEMPREDIMIENTO :

Menor de 20%	<input type="checkbox"/>
De 20% a 40%	<input type="checkbox"/>
De 40% a 60%	<input type="checkbox"/>
De 60% a 80%	<input type="checkbox"/>
Mayor de 80%	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2

Encuesta: Cuestionario de Salud SF-36

“Evaluación del Programa de los Centros del Adulto Mayor EsSalud “Nasca”,
“Palpa” y su influencia en la calidad de vida, Ica 2017”

Instrucciones para la persona encuestada:

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace 1 año	Algo mejor ahora que hace 1 año	Más o menos igual que hace 1 año	Algo peor ahora que hace 1 año	Mucho peor ahora que hace 1 año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer las siguientes actividades? Si es así, ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.			
d. Subir varios pisos por la escalera.			

e. Subir un sólo piso por la escalera.
f. Agacharse o arrodillarse.
g. Caminar un kilómetro o más.
h. Caminar varios centenares de metros.
i. Caminar unos 100 metros.
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
------	---------	---------	----------	-------

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
-------------	--------------	-------------	--------------	-----------	---------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
------	---------	---------	----------	-------

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia...?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?					
b. estuvo muy nervioso?					
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
d. se sintió calmado y tranquilo					
e. tuvo mucha energía?					
f. se sintió desanimado y deprimido?					
g. se sintió agotado?					
h. se sintió feliz?					
i. se sintió cansado?					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
b. Estoy tan sano como cualquiera.					
c. Creo que mi salud va a empeorar.					
d. Mi salud es excelente.					

Gracias por contestar a estas preguntas.

ANEXO 3**Solicitud de permiso para realización de Tesis**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Fundada en 1551)
FACULTAD DE MEDICINA



Lima, 16 de febrero del 2017

Doctor
JUAN CARLOS AGUIRRE BELTRAN
Gerente de la Red Asistencial Ica EsSalud
Presente.-



De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez, manifestarle que doña **Ángela Isabel Jáuregui Meza** alumna de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, viene realizando el trabajo de Investigación titulado **“Evaluación del Programa del Centro del Adulto Mayor Palpa-EsSalud y su Influencia en la Calidad de Vida, Palpa 2017”** modalidad que asume para graduarse como Magister.

Vista la solicitud de la interesada, solicito a usted o autorice a quien corresponda las facilidades necesarias para que el mencionado estudiante pueda recolectar información para su trabajo de Investigación.

Agradeciéndole anticipadamente por la deferencia brindada al presente, me suscribo de Usted.

Atentamente,

Sección Maestría

LEPG/mvc